ROK XI. MARZEC 1931. Nr 3 (99)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

ZAST. PROF. DR. ZEŃCZAK
Państwowy Instytut Dentystyczny. Warszawa. Katedra Ortodoncji.

Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych.

A. Całkowite z uwzględnieniem sposobów umocowania.

Kwestja osiągnięcia maximum wydajności dostawki zębowej, ma bardzo wysokie znaczenie w praktyce i jest żywo omawiana ciągle w literaturze fachowej.

Jedną z zasadniczych podstaw dobrej funkcji dostawki jest uzyskanie dobrego umocowania tejże w ustach. Przy częściowym braku uzębienia, udaje się to z łatwością przez zastosowanie siły tarcia i wklinowania o zachowane zęby lub korzenie. Przy bezzębiu, dla braku filarów oparcia, głównemi umocowującemi siłami są: 1) przyleganie i 2) przysysanie; dodatkowemi: 3) ciężar, 4) utrzymanie mięśniami warg i policzków, 5) siła gryzienia i 6) sprężyny.

Rozpatrując istotę poszczególnych sił, nazwiemy ogólnie przyleganiem siłę, z jaką dwa ciała z podobnych lub różnych materjałów ze sobą zetknięte sklejają się. Przyleganie dostawki do błony śluzowej jest pośrednie, bo między niemi znajduje się uszczelniająca warstwa śliny. Różniczkując dalej pojęcie przylegania, należy przyjąć, że składa się ono z własności fizycznych kohesji, adhesji i włoskowatości; przyczem kohesja jest to związanie wzajemne drobin jednego i tego samego ciała, adhesja — drobinowe przyciąganie na powierzchni zetknięcia się dwu różnych ciał (np. przyklejenie się wzajemne dwu gładkich płytek szklanych). Oznaczenie włoskowatości w umocowaniu tłumaczy się zasadniczo z działania wspólnego kohesji i adhesji, czyli

jeśli między dwie płytki szklane będzie wlana woda, to adhesja nie pozwoli oderwaniu się wody od płytki, a kohesja za pośrednictwem wody połączy obie płytki wzajemnie.

Jako przysysanie, rozumieć musimy ciśnienie atmosferyczne, czyli ucisk słupa powietrza na każdą powierzchnię powietrzu dostępną. Ucisk słupa ziemskiego powietrza na 1 cm.^{2} równa się sile ciśnienia 1.033 kg. Jeśli więc pod jakąś powierzchnią powstaje próżnia, to

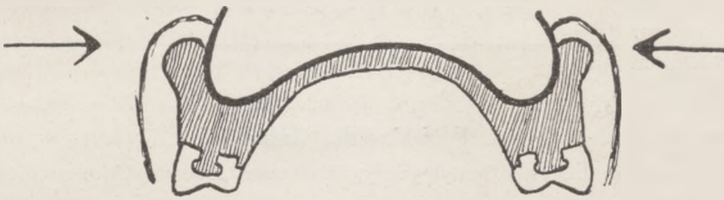


Fig. 1. Ucisk mięśni i policzków na wałki boczne dostawki górnej.

następuje ucisk powietrza ze wspomnianą siłą na 1 cm.^{2} powierzchni. Na tej zasadzie polega użycie komór przysysających, ssawek gumowych, pomijając nieracjonalność stosowania ich ze względów fizjologicznych.

Siłą ciężkości będzie przyciąganie ziemskie, wywierane na jakieś ciało. Jest ona równoznaczna z ciężarem danego ciała. Jeżeli zatem



Fig. 2. Układanie się części miekkich w rowkach dostawki dolnej.

dostawka dolna będzie ciężka, to tem samem, cisnąc na podstawę, będzie umocowana na żuchwie z pewną siłą. W myśl tego przy dostawkach dolnych dla obciążenia stosujemy kauczuk amalgamowy, wkłady cynowe i t. p.

Pod utrzymanie mięśniami, przyjąć należy siłę, z jaką przylegają wargi i policzki do wyrostka zębodołowego i zębów przy ustach zamkniętych w spokoju, na skutek ciśnienia ujemnego w jamie ustnej się znajdującego, oraz ucisku mięśni przy pracy na odcinki boczne *mm. buccinator i masseter.* Dla wykorzystania przylegania policzków i ucisku mięśni, robi się wały na brzegach bocznych dostawek gór-

nych, a rowki w dolnych, w myśl wciśnięcia się do wyżłobienia części miękkich policzków. Fig. 1, 2.

Do tej kategorji zaliczyć można i wypustki palcowate, (strzałkowemi zwane) odchodzące od brzegów bocznych dostawki w okolicy



Fig. 3. a. wypustka strzałkowa w sklepieniu przedsionka.

zębów przedtrzonowych i przebiegające ku przodowi w sklepieniu przedsionka. Użycie ich jest wskazane, gdy zęby przednie są doszlifo-

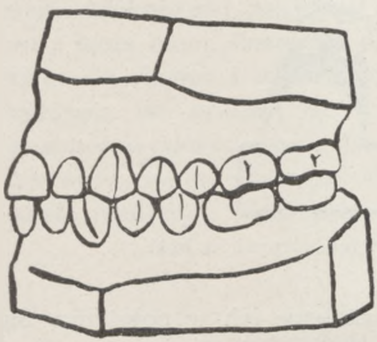


Fig. 4. Utworzenie krzywej kompensacyjnej. Zęby trzonowe, uniesione ku górze.

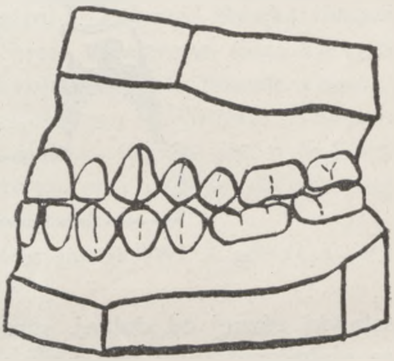


Fig. 5. Przy ruchu szczeki dolnej ku przodowi zetknięcie się zębów siecznych i trzonowych.

wane do dziąsła, a przytem wyrostek zębodołowy, wykazuje w kierunku sklepienia przedsionka mniej lub bardziej wybitne zapadnięcie. Fig. 3.

Znaczenie siły gryzienia, ustalającej położenie, będzie uwzględnione przez wyeliminowanie ustawieniem zębów wszelkich momentów, wyważających dostawki przy zetknięciu się zębów w czasie żucia i mowy. Uzyskujemy to przy ułożeniu zębów dokładnie na grzbiecie wyrostka zębodołowego, przez uniesienie zębów trzonowych ku górze, tworząc z powierzchni żującej zębów krzywą łukowatą, kompensującą swą krzywizną zachodzenie zębów przednich. Fig. 4. Tem samem,

przy wysunięciu szczęki dolnej ku przodowi i zetknięciu się brzegiem siecznym zębów przednich, nastąpi równocześnie i oparcie się zębami tylnemi. Fig. 5.

Dla uniknięcia wyważania przy ruchach bocznych, nadajemy zębom trzonowym górnym odchylenie w kierunku policzka, przyczem dolne dla możności zetknięcia się z górnemi całą płaszczyzną żującą wypadnie przechylić ku językowi. Fig. 6.

Działanie sprężyn polega na zasadzie elastyczności t. zn. zdolności powrotu niektórych ciał do uprzedniej formy po ustąpieniu siły mechanicznej, kształt zmieniającej. Siła ta wchodzi w grę przy użyciu sprężyn, umocowanych z boku dostawek. Przez odpychanie wzajemne

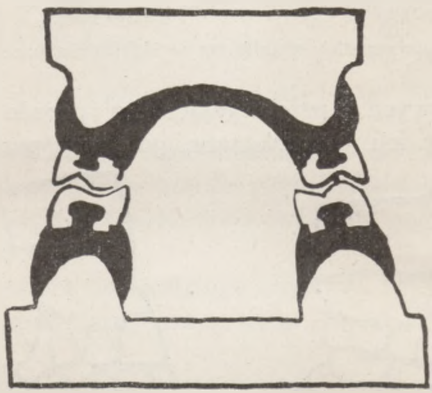


Fig. 6. Wychylenie zębów trzonowych górnych w bok.

dostawki górnej od dolnej, sprowadza ustalenie ich w położeniu. Są one niehygjeniczne i łamią się często. Z tych względów powinny być tylko w wyjątkowych wypadkach stosowane, np. po resekcjach szczęk, gdzie dla braku podstawy nie mamy możności użycia sił innych do umocowania.

Stosowanie tych sił poszczególnie lub w kombinacjach jest uzależnione od warunków anatomicznych. Szczęki bezzębne ulegają zmianie zanikowej i zależnie od kształtu czyli stopnia zaniku, stosujemy odpowiedni rodzaj umocowania, w związku z czem i nieco odmienne postępowanie wyciskowe.

W początkowym okresie zaniku, mamy wyrostek zębodołowy wybitnie wykształcony — przyczem błona śluzowa, pokrywająca szkielet kostny, jest równomiernie gruba i twarda. Dostawki płytkowe górne opierają się na podniebieniu twardem, pokrytem błoną śluzową zbitą i ścięgnistą, oddającą wrażenie pod dotykiem palca, jakby była

cienką na podłożu kostnem. W istocie jednak, jest ona grubą tylko zbitą, określając krótko, do podniebienia przyrośniętą i nieprzesuwalną. Dotyczy to jednak anatomicznie tylko pewnych stref, protetycznie mających doniosłe znaczenie. Takie strefy twarde, zbite, o włóknistym charakterze, znajdują się na wyrostkach zębodołowych i ich najbliższem otoczeniu. Według Lunda pas ten w okolicy zębów przednich bywa wąski, a rozszerza się w kierunku trzonowych i nazwany został, jako strefa obwodowa. Twardością błony śluzowej wyrostka tłumaczy się możność spożywania pokarmów przez niektórych bezzębnych, bez dostawek, przy szczęśliwie dobrem schodzeniu się wyrostków zębodołowych górnego z dolnym. To ścisłe połączenie z okostną, nie istnieje w części przedniej podniebienia, w okolicy fałdów podniebiennych — *rugae palatinae.* W okolicy *rugarum palatinarum,* jest między błoną śluzową a okostną warstwa podśluzowa, składająca się z tkanki tłuszczowej 1 — 2 mm. grubej. Nie stwierdzamy jednak podatności, ani przesuwalności, bo warstwa podśluzowa jest przerośnięta licznemi włóknistemi pasmami, które przechodzą przez tkankę tłuszczową i łączą błonę śluzową z okostną. Strefa tłuszczowa sięga ku tyłowi tylko do okolicy I trzonowych, by przejść w strefę trzecią, charakteryzującą się grubszą podściółką gruczołową. Warstwa tłuszczowa przedniego odcinka podniebienia i gruczołowa tylnego jest w linji środkowej przerwaną przez pas błony śluzowej przyrośniętej do okostnej— strefa medjalna, odpowiadająca *raphe palatina.*

(D. c. n.)

DZIAŁ STRESZCZEŃ

M. WASSMUND. **Procesy ropne dna jamy ustnej.** ***(Die eitrigen Prozesse des Mundbodens).*** Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde. 1929 — I.

Dokończenie (patrz Nr. 1 r. b.).

Podłoże bakteryjne ropowic.

W mniejszej liczbie przypadków znajdujemy staphylococcum album. Przebieg choroby jest wówczas dość łagodny, zwykle podostry, skłonny do otorbienia i lokalizacji. Częściej spotykamy się z infekcją mieszaną staphylo-streptokokową. Te przypadki przebiegają ostrzej i są bardziej progresywne. Obraz kliniczny ciężki. Na wyhodowanej kulturze otrzymujemy często streptococcum i staphylococcum haemoli-

ticum oraz wiele anaerobów, wywołujących rozpad gnilny, jak np. bacillum fusiformem. Zgorzelinowa flora bakteryjna prowadzi do obumarcia tkanek zaatakowanych. Anaeroby rozwijają się tem lepiej, im mniej mają tlenu, a więc nekrotyczne tkanki są dla nich doskonałą pożywką. Wskutek tego sprawa chorobowa szerzy się szybko.

Obraz kliniczny.

Obserwując obraz kliniczny ropowic, widzimy tu pewną gradację od przypadków najlżejszych do najcięższych.

Często przy zainfekowanej ranie poekstrakcyjnej lub ropniu przywierzchołkowym powstaje ograniczone, wielkości mniejwięcej wiśni, nacieczenie w okolicy podjęzykowej. Określamy to jako „nacieczenie zapalne" lub „zapalny obrzęk dna". Stadjum to daje się opanować przez odpowiednie potraktowanie rany względnie otwarcie ropnia. Niekiedy trzeba usunąć ząb, który był przyczyną danego schorzenia. Po usunięciu przyczyny, leczenie nasze będzie zachowawcze.

W pracy niniejszej omawiać będziemy ciężkie formy ropowic. Dzielimy je na *wrzodziejące* i *ropowicze*. Granica między jedną a drugą postacią jest niewyraźna. Nie należy anginy Ludovici traktować jako odrębne schorzenie, jak domaga się tego Williger, gdyż często zespół objawów chorobowych jest tak różnorodny, że trudno jest kategorycznie powiedzieć: tu mamy zapalenie dna jamy ustnej, a tam anginę Ludovici.

Podział. Przypadki chorobowe dzielimy na ogniskowe i rozlane, przewlekłe, podostre, ostre i bardzo burzliwie przebiegające, dobrotliwe i złośliwe. Przebieg zależy od rodzaju i zjadliwości bakteryj, miejscowej i ogólnej reakcji chorego, od drogi szerzenia się infekcji.

Pierwszą grupę stanowią przypadki, przebieg których jest wyraźnie przewlekły. W okolicy gr. limfatycznych powstaje nacieczenie, które zwiększa się powoli. Części miękkie są twardości deski, skóra nieprzesuwalna i zaczerwieniona. Samopoczucie pacjenta dobre. Temperatura nie przekracza 37,8°. Wyżej opisane wypadki są najrzadsze. Wypadki, należące do *drugiej grupy,* są częstsze.

I tu sprawa zaczyna się od obrzęku okolicy gr. chłonnych. Obrzęk ten jest bolesny i wzrasta z dnia na dzień. Pacjent czuje się dobrze. Temperatura 37 — 38°. Apetyt i sen dobre. Po 8 — 14 dniach obrzęk zajmuje znaczną przestrzeń. Powstaje centralne zmiękczenie. Obserwujemy wyraźną skłonność do lokalizacji i otorbienia schorzenia. Przebieg tych przypadków podostry. Po otwarciu ogniska znajdujemy ropę żółtą i bez zapachu, zawierającą tylko staphylococci.

Trzecia grupa obejmuje największą liczbę procesów ropnych dna. Przebiegają one ostro i dają ciężki obraz kliniczny. Obserwujemy początkowo nacieczenie w okolicy gr. chłonnych, postępujące szybko we wszystkich kierunkach. Powstaje rozlany obrzęk, który jest coraz bardziej zbity i twardy. Występują zaburzenia w samopoczuciu chorego, śnie i apetycie. Zjawiają się bóle przy połykaniu, niekiedy bardzo silne, bladość skóry i często przykry ślinotok. Oddech przeważnie lekko utrudniony, czasami jednak silnie. Puls 100 — 140 uderzeń na minutę. Temperatura 39—41^0. Dreszcze. W moczu znajdujemy białko. Dostateczna znajomość obrazu chorobowego i odpowiednie leczenie mogą opanować schorzenie pomimo groźnych objawów.

Tę grupę dzielimy jeszcze na I podgrupę — ropnych schorzeń okolicy *podżuchwowej* i II podgrupę — schorzeń okolicy *podjęzykowej*.

I-sza podgrupa jest najczęstszą formą ropowic dna. Charakteryzuje się silnym szczękościskiem, spowodowanym nacieczeniem m. żwacza skrzydlatego wewn. Bóle przy połykaniu silne. Język czasami obrzęknięty. Jeśli uda się wprowadzić palec do jamy ustnej, wyczuwamy obrzęk tylko w tylnej części dna jamy ustnej, w okolicy ostatniego trzonowca.

II-ga podgrupa daje tylko nieznaczny szczękościsk. Wejrzenie do jamy ustnej jest możliwe. Widzimy śluzówkę jedno lub obustronnie zmienioną, wzdętą i ciemnoczerwoną. Dno mniej lub więcej nacieczone. Język podniesiony i obrzękły. Oddech utrudniony, wskutek obrzęku tkanek, przylegających do krtani. Bóle przy połykaniu. Mowa utrudniona i niewyraźna. Ślinotok. Skóra przesuwalna. Proces toczy się ponad mięśniem żuchwogrdykowym.

Ropień podjęzykowy w objawach swoich podobny jest do ropowicy językowej, ale przy ropieniu język jest silnie obrzękły i bolesny przy ucisku, zwłaszcza w okolicy for. caeci. Szczękościsku zwykle brak.

Ropne zapalenie okolicy podbródkowej nie daje szczękościsku. Powstaje nacieczenie części miękkich pod żuchwą. Skóra nieprzesuwalna. Oddech nieutrudniony. W jamie ustnej wyraźnego obrzęku niema. W następstwie przechodzenia ropowicy z jednej okolicy na drugą może powstać *ropowica okołogardzielowa*. Czasami punktem wyjścia jej jest ropne zapalenie ślinianki przyustnej. Ropowica ta przebiega zwykle i typowo. Nie jest groźną komplikacją, lecz trzeba się z nią liczyć i odpowiednio leczyć.

Objawy: znaczny szczękościsk wskutek zajęcia mięśni żucia. Silne

bóle przy połykaniu. Stan pacjenta wymaga interwencji chirurgicznej. Na tem wyczerpalibyśmy przypadki chorobowe trzeciej grupy. Należy nadmienić, że niektóre schorzenia tej grupy dadzą się wyleczyć zachowawczo, mianowicie w wypadku samoistnego przeżarcia się procesu ropnego.

Do *czwartej grupy* zalicza autor schorzenie najcięższe, gdzie pomimo otwarcia ogniska chorobowego, ropowica szerzy się dalej, stan pacjenta nie poprawia się, temperatura nie spada, system naczyniowy, często uszkodzony przez przerzuty bakteryjne, nerki wykazują uszkodzenie toksyczne. Dreszcze powtarzają się. Czucie upośledzone, apatja i niepokój. Śledziona powiększona, miękka i bolesna. Jako znak ciężkiego zakażenia ogólnego występuje bolesność mięśni, szczególnie łydek. Puls szybki, mały i miękki. Brak apetytu. Pacjent żywi się napojami, wprowadzanemi wskutek szczękościsku przez rurkę lub łyżeczką do herbaty. Interwencja lekarska w sensie zabiegu chirurgicznego jest konieczna. Z wykonaniem go nie należy zwlekać, gdyż proces szerzy się gwałtownie na okolice sąsiednie, zajmując jedną przestrzeń po drugiej. Ciężki obraz zakażenia ogólnego pogarsza się z dnia na dzień. Aby ograniczyć rozsiewanie się bakteryj, uciekano się do podwiązywania dużych żył odprowadzających, mianowicie *ż. twarzowej ogólnej, vena fac. communis* i *ż. jarzmowej wewn. vena jug. int.* po chorej stronie. Kiedy uda nam się ropowicę umiejscowić i zapobiec dalszemu szerzeniu się jej, pozostaje jeszcze do opanowania ciężkie zakażenie ogólne, które zagraża w znacznej mierze życiu chorego. Obserwujemy wówczas zapalenie nerek, obrzęk śledziony, słaby puls o 100 — 140 uderzeń na minutę. Pacjent jest wyczerpany. Zabarwienie powłok trupioblade. Czynność serca poprawiana ciągle środkami nasercowemi. Płuca ulegają także prawie zawsze schorzeniu. Pacjent wymaga starannej i długiej opieki lekarskiej. Podczas choroby obserwujemy znaczny ubytek wagi chorego 10 — 12 kg. Wogóle stan pacjenta jest ogromnie ciężki i groźny. Tylko umiejętne postępowanie chirurgiczne i troskliwa opieka lekarska są zdolne zachować go przy życiu.

Leczenie.

Terapja ropowic jest różna. Zależy od umiejscowienia i sposobu rozprzestrzenienia się danego schorzenia. Leczenie celowe wymaga znajomości przyczyny i historji choroby.

Zbadanie umiejscowienia sprawy zapalnej i uwzględnienie anatomicznych możliwości szerzenia się infekcji pozwala stwierdzić nam, z którego odcinka szczęki górnej, względnie dolnej proces wyszedł. Na-

stępnie przystępujemy do dokładnego zbadania kości i zębów w obrębie tego odcinka. Kiedy rentgenologicznie nie stwierdzamy istnienia jakiegoś ogniska w szczęce, wtedy badamy dokładnie dno jamy ustnej, czy tam nie trafimy na przyczynę (np. kamienie śluzowe) badanego schorzenia. Kiedy i ta droga zawodzi, uciekamy się do anamnezy, która czasami może nam dać pewne wyjaśnienia. Po ustaleniu przyczyny należy ją natychmiast usunąć. Zainfekowane rany należy gruntownie oczyszczać i codziennie tamponować. To samo tyczy się zainfekowanych złamań żuchwy. Kiedy zachodzi konieczność, trzeba usuwać winne zęby, zwapniałe torbiele otwierać i tamponować. Po usunięciu przyczyny, należy leczyć ropowicę. W lekkich przypadkach można osiągnąć wessanie nacieczenia i wysięku działaniem ciepła (ciepłe okłady; naświetlania) i płókaniem jamy ustnej rumiankiem. Leczenie zachowawcze stosujemy w przypadkach, gdzie niema wysokiej temperatury, szybkiego pulsu i silnego zaburzenia samopoczucia chorego. Jeśli nie osiągniemy drogą zachowawczą wessania i cofnięcia się sprawy chorobowej, to mamy w wielu przypadkach umiejscowienie i otorbienie procesu. Chirurgiczny zabieg, polegający na otwarciu ogniska, jest wówczas bardzo ułatwiony. Po stworzeniu ujścia dla ropy zalecamy pacjentowi płókania i zimne okłady dla złagodzenia bólów. Tylko nieliczne przypadki dadzą się tą drogą zlikwidować. Często już w krótkim czasie musimy zastosować leczenie chirurgiczne, gdyż temperatura podnosi się, puls jest silnie przyśpieszony, bóle oraz zaburzenia w apetycie i śnie wzmagają się, w moczu pojawia się białko w większej ilości, nerki ulegają zatruciu. Musimy niezwłocznie przystąpić do operacji. Należy dodać, że miarą konieczności operacji nie może być nigdy stopień obrzęku. Przy dużych obrzękach często stan subjektywny i objektywny pacjenta jest dobry, a przy ograniczonych obrzękach obserwowano niekiedy bardzo groźne objawy, zwiastujące zajęcie głębszych okolic *(spatium parapharyngenium)*. Kiedy decyzja nasza skierowała się już w kierunku operacji, musimy uprzytomnić sobie dokładnie umiejscowienie ogniska. Obrzęk zlokalizowany ułatwia nam to niezmiernie. Przy obrzęku rozlanym znajdujemy miejsce największego wygórowania najboleśniejsze przy ucisku i tam przyjmujemy umiejscowienie ogniska.

Miejsce otwarcia.

W jamie ustnej mamy niekorzystne warunki dla operowania. Składa się na to szereg czynników i silne krwawienie w jamie ustnej, możliwość wkroczenia infekcji ze śliny, mało widoczne pole operacyjne. A więc wszystkie rozlane procesy ropne otwieramy od zewnątrz.

Odróżniamy trzy zasadnicze typowe cięcia.

I. Proces ropny, umiejscowiony na granicy okolicy podbródkowej i podżuchwowej. Spotykamy to przy ropniach gr. limfatycznych, pochodzących z gr. podbródkowych lub przedniego gr. podżuchwowego, a spowodowanych schorzeniem kła lub zębów przedtrzonowych. Tu ropnie otwieramy w miejscu największego wygórowania, najsilniej nacieczonem i najboleśniejszem przy ucisku. Wypadnie to w przebiegu przedniego ramienia mięśnia dwubrzuścowego.

II. Drugiem typowem cięciem jest linja środkowa pod żuchwą. Poprzez to cięcie wkroczyć możemy do okolicy podbródkowej, podżuchwowej i podjęzykowej.

III. Trzecie typowe cięcie przebiegu w tylnej części gruczołu ślinowego podżuchwowego. Cięcie zaczyna się w kącie żuchwy i biegnie 3 — 4 cm. ku przodowi. Poprzez to cięcie dosięgnąć możemy okolicy podbródkowej, podjęzykowej i okołogardłowej.

Po dokonaniu cięcia, odchyleniu powłok i znalezieniu ogniska chorobowego, usuwamy z niego tkankę schorzałą, aby położyć kres szerzeniu się nekrozy. Następnie wprowadzamy do ogniska dren, aby zapewnić stały odpływ ropy, a przedewszystkiem, by doprowadzać wgłąb t l e n, który najskuteczniej niszczy anaeroby. W wypadkach ciężkich musimy niekiedy przeprowadzać szereg cięć, podwiązywać duże żyły przy zakażeniu ogólnem i stosować tracheotomję przy silnych zaburzeniach w oddychaniu.

Str. *Halina Litwinówna.*

STAN LECZNICTWA W KASACH CHORYCH I PRACE NAD JEGO NAPRAWĄ

Ciąg dalszy.

III.

Wnioski poszczególne.

A. **Wnioski Dr. med. Brennejsena i Dr. med. Gruszczyńskiego.**

Zważywszy:

1) że zapotrzebowanie pomocy dentystycznej w Kasach Chorych jest olbrzymie,

2) że pomoc dentystyczna należy do najdroższych pomocy lekarskich,

3) że K. Ch. w chwili obecnej przeznacza na pomoc dentyst. zaledwie znikome, w stosunku do zapotrzebowania, fundusze,

4) że przeto pomoc dentystyczna w Kasach Chorych jest niedostateczna,

5) że częstokroć jest ona nawet bezcelowa, ponieważ ubezpieczonym nie daje prawie żadnych korzyści, narażając jedynie Kasy Chorych na duże wydatki,

proponuje się:
przekształcenie lecznictwa dentystycznego, ograniczywszy go do udzielania ubezpieczonym pierwszej pomocy (uspokojenie bólu, wyrwanie zęba, przecięcie ropnia i t. p.) oraz wydawanie ubezpieczonym zasiłków na pozostałe czynności tytułem częściowego zwrotu kosztów leczenia, przeprowadzonego w jakimkolwiek gabinecie dentystycznym, z szeregu spróbowanych przez Zarząd Kasy Chorych.

W tym celu należy:

1) oddział chirurgiczno-stomatologiczny w większych miastach utrzymać, zaopatrzywszy go w niezbędną liczbę łóżek,

2) utworzyć w różnych częściach miasta szereg przychodni do udzielania pierwszej pomocy, oraz wydawania ubezpieczonym kwalifikacji do wykonania niezbędnych zabiegów, a także sprawdzenia ich wykonania i przyznanie odpowiednich zasiłków w ramach budżetu, w stosunku do dokonanych u danego osobnika robót,

3) nadmiar obecnego personelu i urządzeń Kasa Chorych przenosi do miejscowości, pozbawionych pomocy dentystycznej,

4) Kasa Chorych, w myśl zasad medycyny zapobiegawczej, rozwija jak najszerszą propagandę hygjeny i profilaktyki dentystycznej, wzorując się na przykładach zagranicznych.

B. **Wniosek Kasy Chorych miasta Krakowa.**

1) Uregulowanie jednolite, choćby przez zarządzenie ramowe, sposobu prowadzenia protezowni w dużych Kasach Chorych, z dodatkiem, normującym dopuszczalne spłaty.

2) Unormowanie umów, które Kasy Chorych winny zawierać z lekarzami dentystami, w okolicach i miejscowościach, będących poza zasięgiem protezowni. Norma ta powinna ściśle określić kwalifikacje dentystów, z którymi Kasy Chorych mają zawierać umowy i sposób wykonywania kontroli nad tymi dentystami przez kierownika dentystyki najbliższej większej Kasy Chorych.

3) Wprowadzenie specjalnych godzin dentystycznych zarówno w większych Kasach jak i w mniejszych ośrodkach, gdzie pracują zakontraktowani dentyści, dla dzieci i młodocianych członków rodzin ubezpieczonych.

4) Zlecenie jednemu z najbliższych Związków Okręgowych, aby wprowadził na próbę ambulans automobilowodentystyczny dla roztoczenia opieki nad odległemi i pozbawionemi opieki dentystycznej ośrodkami.

C. Wniosek Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie.

1) Wydatki na lecznictwo dentystyczne nie powinny przekraczać przyjętych obecnie norm budżetowych.

2) Leczenie chorych kasowych powinno w obecnych warunkach ograniczać się do doraźnego zapotrzebowania ubezpieczonych. Jeżelibyśmy chcieli przeprowadzać pełne leczenie, nie wystarczy na to ani środków ani czasu.

3) Rozszerzyć pomoc dentystyczną w szkołach, gdzie prócz leczenia należy szeroko prowadzić propagandę znaczenia zdrowego uzębienia. Sanację lecznictwa zastosowywać stopniowo względem ubezpieczonych, którzy zostali wypuszczeni ze szkoły ze zdrowem uzębieniem.

4) System lecznictwa pozostawić nadal ambulatoryjny.

a) skarg ubezpieczonych nie można brać pod uwagę, jeżeli władza kontrolna przychodni jest przekonana, że pracę w przychodni wykonuje się należycie;

b) jeżeli praca przy stałej kontroli wykazuje pewne niedomagania, — jakie będą gwarancje przy odsyłaniu chorego do bezkontrolnego leczenia? [1])

c) koszta lecznictwa przy wolnym wyborze lekarza znacznie wzrosną, szczególnie w mniejszych Kasach, gdzie chorzy będą

---

[1]) O leczeniu „bezkontrolnem" — mowy niema. Kasa Chorych określa wyraźnie, co ma być wykonane i za to tylko podług cennika płaci. Ponieważ zaś wie, kto zabiegi wykonywał, więc w razie np. wypadnięcia plomby lub bólu zęba, może od wykonawcy żądać naprawy bezpłatnej, a nawet w razie częstszego powtarzania się takich niepowodzeń, może go z listy wykreślić. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa przy wolnym wyborze lekarza wykonanie będzie o wiele staranniejsze, gdyż chory, znając adres i nazwisko lekarza może zarówno urabiać mu dobrą opinję, jak i psuć jego reputację, co nie jest dlań obojętnem, tak samo, jak to ma miejsce w praktyce prywatnej.

przekazywani do leczenia bez poprzedniej kontroli w Kasie. Jak wykazała praktyka w Kasie Poznańskiej (powiatowej) każdy ubezpieczony, mający interes do miasta, bierze kartę do dentysty i otrzymuje zwrot kosztów podróży [2]).

d) nadużycia rachunkowe przy wolnym wyborze lekarza będą znaczne (85% nawet) i trudne do sprawdzenia [3]).

5) Zasadniczo nie można się zgodzić na zbyt szeroko pojęty wolny wybór lekarzy dentystów, ponieważ stworzyłoby to niezdrowy precedens do wyboru wolnych lekarzy wogóle, czego należy unikać [4]). Wolny wybór lekarzy uniemożliwiłby wszelką racjonalną pracę w Kasie i podniósłby wydatki na lecznictwo przynajmniej o 100% [5]).

D. **Wniosek Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.**

Należy dentystykę uważać za leczenie specjalistyczne i rozbudować je w centrach kasowych. (W krakowskim okręgu podobno ma być 6 takich okręgów).

W każdej centrali kierownikiem dentystyki powinien być lekarz stomatolog, który odbył conajmniej 2 lata specjalistycznych studjów dentystycznych w klinice stomatologicznej, poza tem zaś ma za sobą conajmniej 1 rok praktyki kliniczno-chirurgicznej. Pracownikami kierownika mogą być lekarze dentyści. Dla prac technicznych należy w każdej centrali założyć własną pracownię tak, aby żadnych prac technicznych nie posyłać do „prywatnych techników".

Peryferja ma być obsługiwana przez dojeżdżających pracowników centrali, o ile na miejscu nie można znaleźć odpowiedniego stomatologa. Wszystkie prace techniczne jednak wykonywać należy w centrali podług odcisków, sporządzonych w poszczególnych miejscowościach.

Do Kasy nie należy przyjmować ani lekarzy dentystów, ani techników, o ile nie przejdą praktycznego przeszkolenia w jednej z Kas, wskazanej przez Okręgowy Związek Kas Chorych.

---

2) Bez zbadania nie należy kartek do dentysty wydawać.

3) Nadużycia bywają wszędzie. Niema żadnej podstawy do przypuszczeń, że w świecie lekarsko-dentystycznym, poza dotychczasowymi pracownikami Kas Chorych, ludzi uczciwych wcale niema, co z zacytowanej liczby „85%" wnioskowaćby można było. Ciekawe, na czem Kasa Chorych opinję taką opiera?

4) Dlaczego? Wolny wybór jest pożądany, byleby tylko przy układaniu list zwracano uwagę na odpowiednie wyrobienie praktyczne.

5) Ustalony cennik oraz limit zapobiega podniesieniu kosztów.

Zakupywanie narzędzi i materjałów dent. należy dokonywać pod kontrolą wzgl. za pośrednictwem Okręgowego Związku Kas Chorych, póki Centrala Handlowa O. P. Zw. K. Ch. w Warszawie działu tego nie wprowadzi.

Ustalenie kierunku i kontrola leczenia, zwłaszcza zaś sposobu protezowania jamy ustnej (mostki, protezy) u poszczególnych chorych, oraz odbiór prac techn. dent., należy do kierownika ambulatorjum stomatologicznego, wzgl. do osoby przezeń wyznaczonej.

E. Wniosek Instytutu Dentystycznego Kasy Chorych m. Łodzi.

1. Dążyć w porozumieniu z Magistratami do zwiększenia gabinetów dentystycznych w szkołach powszechnych, żeby lekarze dentyści mieli w swej opiece dzieci w okresie wypadania zębów mlecznych i wyrzynania się zębów stałych, żeby wszczepić w młode pokolenie zasady hygjeny jamy ustnej. Dążyć, żeby na 1 lekarza przypadało 700—800 dzieci.

2. W samych Kasach Chorych w b. Kongresówce, gdzie dawniej ludzie niezamożni nie leczyli zębów, przyjąć za zasadę, przyjmować 4 pacjentów na godzinę. Każdego pacjenta, który zjawia się z bólem zęba nie wymeldowywać wcześniej, dopóki cała jama ustna nie będzie doprowadzona do porządku.

3. Dążyć do tego, żeby na posiedzeniu leczyć nie jeden, lecz kilka zębów, tym sposobem robotnik nie będzie tracił czasu i kosztów na częste przyjazdy, a w związku z tem:

4. Trzeba dążyć, żeby lecznice Kas Chorych miały większą ilość foteli, 12 godzin pracy i zwiększony budżet na dentystykę, gdyż obecnie ta sprawa traktowana jest źle, budżet dentystyki wynosi 8% ogólnego budżetu K. Ch.

5. Obowiązkowe wydawanie protez kauczukowych członkom K. Ch., których trawienie szwankuje i którym komisja lekarska przyznaje konieczność sztucznego uzębienia.

F. Wniosek Kasy Chorych miasta Lwowa.

1. Stwarza się w Polsce inspektorat dentystyczny Kas Chorych.

2. Ustala się formy statystyki lecznictwa, odmiennej od obowiązującej obecnie statystyki chorób.

3. Kasy Chorych prowadzą lecznictwo chorób jamy ustnej, ozębnej, okostnej, (w ambulatorjach o oddziałach chirurgji stomatologicznej, odpowiednio wyposażoną w instrumenta i aparaty), i dentystykę chirurgiczną (małą i dużą).

4. Plombowanie bez leczenia i z leczeniem oddaje się wszystkim lekarzom dentystom wolnopraktykującym, za ustaloną z Kasą ceną za plombę z leczeniem i bez leczenia. (Ustalenie materjałów, mogących być używanych. Ewentualne obniżenie stawek pieniężnych może być przeprowadzone przez zastosowanie odpowiedniej interpretacji Rozp. Min. P. i O. S. z dn. 23.XI 1923 r. Nr. 2430/VII, a zatem dopłatę za lepszą plombę, kwity na lepszą plombę kupuje się w Kasie).

5. a) Bezwzględnie wzbronione jest używanie nieszlachetnych metali w robotach protetyczno-dentystycznych w obrębie Kas.

b) wyklucza się roboty mostków i koron ze złota, nawet dostarczonego przez ubezpieczonych i ich członków rodzin;

c) bezpłatne wydawanie protez kauczukowych tylko w wypadkach, mogących być objętemi art. 23.1 i 42 ust. z dn. 19 maja 1920 r. (Dz. U. R. P. Nr. 244 poz. 272), po uprzedniem lekarskiem stwierdzeniu choroby, w przypadkach zaś objętych art. 34 ustawy dostarczają Kasy protez kauczukowych przy procentowym udziale członków Kasy w kosztach protezy;

d) Kasy większe prowadzą własne oddziały protetyczno-dentystyczne, mniejsze oddają protetykę do domu, ustalają uznaną jakość materjału (kauczuk, zęby);

e) ustala się regulamin co do otrzymywania protez zębowych w Kasach Chorych, tak przez ubezpieczonych, jak i ich członków rodzin.

Punkty 1, 2, 3 i 4 częściowo uzgodnione z A. Cieszyńskim, prof. Uniw. we Lwowie.

Część administracyjna.

1. Ustala się formę statystyki wykonywanego leczenia dentystycznego.

2. Ustala się formę administracji wewnętrznej działów dentystycznych.

3. Stomatolodzy i lekarze dentyści mogą otrzymywać posady w Kasach Chorych, pierwsi po odbyciu kursów przeszkalających, w administracyjnej części oddziałów dentystycznych Kas Chorych, drudzy po odbyciu ustawą przewidzianej (Rozp. Prez. R. P. z czerwca

1927 r.) rocznej praktyki dentystycznej i kursów przeszkalających w Kasach Chorych. W miejscowościach uniwersyteckich mogą specjalizujący się w medycynie medycy odbywać kursa przeszkalające w Kasach już w ostatniem półroczu swej specjalizacji.

4. Technicy dentystyczni z zezwoleniem i uprawnieniem są wykluczeni w lecznictwie dentystycznem Kas Chorych.

IV.

Wnioski, uchwalone przez Komisję dla reorganizacji zębolecznictwa.

I. Przepisy ustawy.

1. Komisja stwierdza, że istniejące „wyrażenie“ „w granicach rzeczywistej potrzeby“ z reskryptu Min. Pr. i Op. Społ. z 23.XI 1923 r. Nr. 2430, może być w różny sposób tłumaczone, dlatego proponuje Komisja następującą interpretację, ażeby zabezpieczyć interes uprawnionych do świadczeń Kas Chorych, oraz interes Kas Chorych:

„Kasy Chorych są obowiązane do udzielania pomocy dentystycznej w takim zakresie, który zapewni zdolność do pracy, uprawnionych do świadczeń ze strony Kas“.

II. Świadczenia Kas Chorych.

1. Budżet dentystyczny powinien wynosić conajmniej 5% przypisu składek.

2. Świadczenia dentystyczne w Kasach Chorych należy określić w następujący sposób:

A. *Kasa Chorych obowiązana jest do usunięcia przyczyny bólu zębów odpowiedniemi zabiegami, ażeby zapewnić choremu zdolność do pracy.*

K. Ch. przeprowadza systematyczną sanację jamy ustnej i wymaga usunięcia wszystkich korzeni, jeżeli ubezpieczony chce reflektować na maximum świadczeń ze strony Kasy Chorych, w przeciwnym razie będzie miał tylko prawo do usunięcia bólu i wyleczenia w danej chwili występujących objawów chorobowych.

Do zakresu świadczeń Kas Chorych należy następnie:

Leczenie nowotworów szczękowych i jamy ustnej,

Leczenie obrażeń szczękowych.

Leczenie parodontoz w wyjątkowych przypadkach na zlecenie wyznaczonego stomatologa, wzgl. lekarza dentysty w rozdzielni dentystycznej.

Leczenie wszystkich powikłań i spraw zapalnych, powstałych na tle zapalenia ozębnej — jak ropni i ropowic, ale tylko drogą najkrótszą. (Ropowice z temperaturą powyżej 39 stop. powinny być leczone klinicznie, a nie ambulatoryjnie i to przez stomatologa chirurga, a nie chirurga ogólnego).

Leczenie osteomyelitis.

Leczenie rozszczepów szczękowych i wad wrodzonych lub nabytych.

Leczenie powikłań z jamą szczękową w sprawach, wychodzących od zębów.

Wykonywanie „rezekcji" zębów wartościowych.

B. Kasa Chorych nie jest natomiast obowiązana do leczenia:

Nieprawidłowości zgryzowych i uzębienia.

Usuwania braków kosmetycznych.

Do uzupełniania uzębienia przy pomocy koron złotych, zębów ćwiekowych lub mostków złotych, jak również z metali nieszlachetnych.

C. Maximum świadczeń Kas Ch. pod względem konserwatywnym:

O ile chory zgodzi się na gruntowną sanację jamy ustnej przez ekstrakcję wszystkich korzeni i zębów zgorzelinowych.

Udziela Kasa Chorych maximum świadczeń pod względem profilaktycznym i konserwatywnym w zakresie granic budżetowych.

Granicę leczenia zachowawczego ustala się na podstawie całorocznego budżetu, przeznaczonego na całokształt lecznictwa, udzielonego przez Kasy Chorych.

Uwagi dodatkowe.

Podstawę racjonalnego leczenia uzębienia stanowi:

Całkowita djagnoza stanu uzębienia z uwzględnieniem zbadania zębów prądem faradycznym w razie potrzeby i rentgenodjagnostyką.

Każde ambulatorjum w K. Ch. powinno posiadać własny aparat rentgenowski, ażeby zdjęcia mogły być wykonane natychmiast, a wynik ich zużyty zaraz przy pierwszem badaniu chorego. Techniczne wy-

konanie zdjęcia może przeprowadzać odpowiednio wykształcona siła pomocnicza.

Odsyłanie chorego do osobnego oddziału przedłuża niepotrzebnie przebieg leczenia, wpływa na stratę czasu lekarza i pacjenta.

Nakreślanie racjonalnego planu leczenia.

D. Dalsze obowiązki Kas Chorych, mające na celu poprawę zębolecznictwa w Kasach Chorych.

1. Partycypacja w wybudowaniu klinik stomatologicznych uniwersyteckich, które przygotowują rezerwuar stomatologów i lekarzy dentystów, późniejszych lekarzy dentystów Kas Chorych.

2. Stworzenie przy tych klinikach stomatologicznych osobnych oddziałów z łóżkami, przeznaczonemi dla członków K. Ch. z ciężkiemi chorobami szczęk i jamy ustnej. (Przypadki operatywne).

3. Zorganizowanie przy pomocy przedstawicieli Katedr Kursów Społeczno-Stomatologicznych.

4. Współudział w zębolecznictwie w poradniach dentystycznych szkolnych, do których odsyłano cały materjał dzieci (członków K. Ch.).

5. Porozumienie się z wojskiem, celem uzyskania w ambulatorjum dentystycznem wojskowem sanacji jamy ustnej rekrutów (jedna z podstaw późniejszego taniego leczenia w Kasach Chorych).

6. Popieranie wszelkich dążności w kierunku hygjeny jamy ustnej.

III. Profilaktyka i protezy.

Z budżetu dla profilaktyki winna być przeznaczona pozycja dla profilaktyki dentystycznej.

Wydatki na protezy dentystyczne winny być budżetowane według ustalonego wzoru dla budżetów kasowych.

IV. Kwalifikacje stomatologów i lekarzy dentystów.

O stanowisko lekarza Kasy Chorych mogą się ubiegać wszyscy stomatologowie i lekarze dentyści, którzy wykażą się kwalifikacjami, ustalonemi w okólniku Og. Państw. Zw. K. Ch. z dn. 23.X 1929 r. L. 4412, a zarazem poświadczeniem z odbytego kursu społeczno-dentystycznego i przeszkolenia dla Kasy Chorych.

V. Stosunek Kas Chorych do Lekarzy dentystów i Stomatologów w Kasach Chorych.

1. Stwarza się w Polsce inspektorat dentystyczny Kas Chorych, przy Ogólno-Państwowym Związku Kas Chorych w Polsce.

2. Ustala się jednolite formy statystyki lecznictwa, któreby dały pogląd na wyniki lecznictwa w stosunku do liczby uprawnionych do korzystania ze świadczeń Kas Chorych, oraz poglądu na rentowność. Wydatki na zębolecznictwo powinny być uwidocznione.

O ile możności należy wprowadzić rubrykę, dającą pogląd na przypadki, w których zabieg dentystyczny nie mógł być wykonany.

3. Dział chirurgji stomatologicznej prowadzi się ambulatoryjnie, tamże odbywa się i djagnostyka, udzielanie pierwszej pomocy, rozdział i przydział pacjentów, oraz leczenie chorób jamy ustnej. Ciężkie przypadki chorobowe należy leczyć klinicznie, na oddziale posiadającym łóżka i stojącym pod opieką chirurga i stomatologa.

Załatwienie sprawy poleca się Okręgowym Związkom Kas Chorych z uwzględnieniem miejscowych stosunków, a w miejscowościach uniwersyteckich, z uwzględnieniem przedstawiciela katedry stomamatologicznej.

4. Dział dentystyki zachowawczej prowadzi się na zasadzie wolnego wyboru lekarza z pośród lekarzy dentystów i stomatologów, na zasadzie ustalonego cennika.

5. Istnieje zatem dwojaki sposób leczenia: a) ambulatoryjny co do zabiegów chirurgicznych i częściowo konserwatywnych, o ile jest wielka liczba stabilizowanych już lekarzy, b) wolny wybór lekarzy, którzy pracują akordowo dla Kas Chorych, według umówionych cen jednostkowych.

Komisja proponuje następujący cennik:

5 zł. za wypełnienie,

15 zł. za wypełnienie z leczeniem,

2 zł. za oczyszczenie z kamienia,

2 zł. za wizytę przy leczeniu chorób dziąsła i to w zakresie planu i wyznaczonego „limitu" przez rozdzielnię Kasy Chorych.

6. W miejscowościach, w których dentystykę zachowawczą prowadzi się ambulatoryjnie, winna ona być prowadzona na warunkach akordowych, przyczem ceny za pracę są te same, z odliczeniem 70% kosztów własnych.

Ustalić też należy taryfę za prace protetyczne z wykluczeniem robót złotych, które będą robione na zlecenie rozdzielni dentystycznej Kasy Chorych.

Oddanie praktyki w ręce techników dentystycznych bez kontroli lekarskich jest, według obecnego stanu nauki protetycznej, anachronizmem.

7. Oddzielić należy bezwarunkowo dzieci ze względów zapobiegawczych od osób starszych, leczących się w ambulatorjach dentystycznych.

8. Wprowadzić należy:

a) standaryzację metod leczenia dentystycznego,

b) standaryzację urządzeń ambulatoryjnych K. Ch. i urządzeń dentystycznych,

c) wydać podręcznik, zawierający główne zasady standaryzacji pracy ambulatoryjnej i standaryzowane metody lecznicze, przeznaczone dla lekarzy Kas Chorych,

d) posługiwać się należy w szerokim zakresie wyszkolonemi pomocniczemi siłami dentystycznemi.

V.

DR. WŁODZIMIERZ SZAFRAN. Lwów.
Kierownik Instytutu Stomatologicznego Kas Chorych we Lwowie.

Projekt organizacji lecznictwa w zakresie dentystyki, w Kasach Chorych Państwa Polskiego.

Na podstawie referatu i projektu, przedstawionego na konferencji, odbytej pod patronatem Og. P. Zw. K. Ch. w P. w dniach 3 i 4 grudnia 1930 r.

Dentystyka zachowawcza wymaga, z natury swej istoty, wielu wizyt pacjenta u lekarza, całego szeregu drobnych nieraz zabiegów. zanim zostanie osiągnięty cel żądany. Dlatego też koniecznem jest przyjmowanie wielkiej ilości lekarzy, jako stałych pracowników. Wykonywanie zaś leczenia i plombowania przez nich w formie, przyjętej dzisiaj w olbrzymiej większości wypadków (którzy idąc po linji wymagań pacjentów, zupełnie zresztą mylnej, a nawet szkodliwej dla istoty leczenia) dają w i e l k ą i l o ś ć w i z y t, powodujących w i e l k ą s t r a t ę c z a s u l e k a r z a, a równocześnie podnoszących k o s z t a l e c z e n i a, zwłaszcza p r z y s y s t e m i e p ł a c r y c z a ł t o w y c h (poborów miesięcznych). Koszta te podnoszą również wydatki z awan-

sów (jako następstwo umów zbiorowych), kiedy tymczasem z wiekiem pracownika obniża się wydajność jego pracy, a równoczesny wzrost doświadczenia jest często problematyczny. Ponadto musimy liczyć się z zachorzeniami pracownika i opłatami jego zastępcy na czas choroby, urlopem płatnym i opłatą zastępcy, spóźnianiem się do pracy, brakiem poczucia obowiązku i sumiennego wykorzystania godzin pracy, z rozmowami wzajemnemi pracowników i t. p. Wszystko to pociąga za sobą stratę czasu przy pracy zbiorowej kilku osób tego samego zawodu równocześnie. Wkońcu pacjenci bardzo często nie zjawiają się na zamówione wizyty, które wyznaczane im są raz na tydzień, do dwu tygodni, przez co pozostaje lekarzowi czas wolny opłacany, a niewykorzystany przez Kasę.

Projekt wolnego wyboru lekarza w dentystyce zachowawczej i sposób jego przeprowadzenia na terenie Kas Ch., który został przyjęty w czasie konferencji w Og. P. Zw. K. Ch., ma więc na celu zamianę bezpośrednią kwot wydawanych dotychczas na plombowanie i koszta z tem związane (czy to jako leczenie z art. 26, ust. I ustawy, czy też jako zabieg profilaktyczny) na same plomby, a tem samem zaoszczędzenie bezproduktywnie wydatkowanych sum kosztów Kasy.

Przez jednostkową cenę akordową, poza oszczędnościami, wprowadza się jednostkę budżetową na lecznictwo w danej gałęzi specjalności lekarskiej, jakiej nie wolno przekroczyć w gospodarce rocznej. Lekarze, wyznaczający pacjentom ilość plomb (z leczeniem lub bez), otrzymują do wiadomości kwoty w budżecie preliminowane i w tych granicach mogą wyznaczać ilość zębów, koniecznych do leczenia i plombowania (Prof. Cieszyński nazywa to „limitem“).

Przez wolny wybór lekarza umożliwia się pacjentom dostęp do lekarza w dniach i porach dnia pacjentowi najbardziej dogodnych, ponieważ pobierane dzisiaj przez lekarza kwoty poborów w każdym przypadku muszą wówczas być zarobione.

Wprowadzenie jednak tego projektu może mieć miejsce tylko w Kasach, gdzie na terenie jej działalności zamieszkuje większa ilość lekarzy-dentystów. Tam, gdzie na terenie działalności Kasy, znajduje się jeden lekarz-dentysta lub wcale go niema, musi być siłą faktu zachowany system ambulatoryjny. W tych przypadkach jednak Zarządy Kas mają w projekcie moim równocześnie wskazówkę, w jakich granicach mogą wahać się pobory lekarzy-dentystów, by pra-

ca ich, przy dostarczaniu przez Kasę własnych ambulatorjów z pełnem wyekwipowaniem, była opłacalną dla Kasy.

W myśl mojego projektu wyobrażam sobie organizację lecznictwa dentystycznego w Kasach Chorych w sposób następujący:

Przy Og. P. Zw. K. Ch. ustanawia się naczelny inspektorat dentystyki. Ponadto na terenie działalności wszystkich Kas w P. P. tworzy się 3 — inspektoraty rejonowe, które stoją w rzeczowym, ścisłym kontakcie z naczelnym inspektoratem i wspólnie z Nacz. Lekarzem Og. P. Zw. regulują i kontrolują całe lecznictwo dentystyczne w Kasach Chorych.

Inspektoraty rejonowe wykonują nadzór i kontrolę nad lecznictwem dentyst. na terenie działalności kilku Okr. Zw. K. Ch. W W tym celu, po scaleniu Kas Ch. drobnych, poddaje się w tychże lecznictwo dentystyczne pod nadzór inspektorom rejonowym, odpowiednio do rozległości terenowych Okr. Związku K. Ch.

Przy lecznicach Okr. Zw. K. Ch. tworzy się oddziały dentystyczne z łóżkami i salką operacyjną, jako samodzielne oddziały, stojące w kontakcie z oddziałem chirurgicznym lecznic Okr. Zw. K. Ch. Te oddziały lecznic przyjmują tylko przypadki operacyjne z Okręgu i przypadki, wymagające leczenia szpitalnego — z miejscowej Kasy. Wszystkie zaś przypadki normalne dentystyki (usuwanie zębów i plombowanie z leczeniem lub bez) powinny poszczególne Kasy załatwiać na terenie swej działalności i we własnym zakresie, nie obciążając niepotrzebnemi wydatkami budżetu Okr. Zw. K. Ch. Energicznie tępić należy dzisiejszy zwyczaj wysyłania „lepszych pacjentów" w P. Kasy Ch. celem plombowania i leczenia zębów, zbytecznych przypadków konsyljarnych i t. p. — do lecznic Okr. Zw. K. Ch.

Kierownik Oddziału dent. Okr. Zw. K. Ch. jest równocześnie dla spraw bieżących referentem dentystycznym Okr. Zw. K. Ch. dla danego okręgu, w myśl ogólnych wskazówek inspektorów rejonowych, z wyjątkiem spraw zasadniczych, dotyczących lecznictwa dentystycznego.

Poszczególne Kasy mają nadal pewną liczbę lekarzy-dentystów jako pracowników stałych. Ponad temi w dużych i większych Kasach stoi kierownik dentystyki, odpowiedzialny za lecznictwo w tej gałęzi specjalności lekarskiej, który zarazem jest referen-

tem dla spraw bieżących dentystycznych i decydującym czynnikiem wobec naczelnego lekarza danej Kasy i Zarządu.

Tak kierownicy lecznicy Okr. Zw. K. Ch., jak i kierownicy Istytutów Stomatologicznych dużych i większych Kas powinni w stosunku do podległych lekarzy i sił pomocniczych posiadać takie same stanowisko, jakie ma prymarjusz oddziału szpitala. Podobnie i w stosunku do władz nadzorczych powinni oni mieć podobne stanowisko.

Równocześnie redukuje się obecny nadmiar lekarzy-dentystów, wykonujących leczenie i plombowanie zębów, obciążających stale, z pewną nawet progresją, budżet Kas, do kilku osób i ci prowadziliby lecznictwo dentystyczne w ambulatorjach centrali, rejonowych i kresowych. W ten sposób powstały nadmiar urządzeń dentystycznych przenosi się do miejsc, gdzie mają powstać ambulatorja rejonowe, kresowe, może być zużyty również w urządzeniu aut dentystycznych, względnie do miejsca, gdzie będą dojeżdżać lekarze-dentyści.

Kasy średniej wielkości i mniejsze, zatrudniające jednego lub dwu lekarzy-dent., podlegają nadzorowi inspektorów dentystycznych i kierownikom oddziałów dent. przy Okr. Zw. K. Ch.

Lekarze kasowi prowadzą:

lecznictwo w ambulatorjach centralnych Kasy, w zakresie doraźnej pomocy (wyjęcie, zatrucie zęba), leczenie ambulatoryjnych chorób jamy ustnej i średnią chirurgję dentystyczną, przypadki ciężkie odsyłają do lecznic przy Okr. Zw. K. Ch., ponadto wyznaczają zęby do leczenia i plombowania w granicach, wskazanych im przez kierownika;

lecznictwo na peryferjach, względnie na kresach terenu działalności Kasy. W tym celu po likwidacji, nadmiar sprzętu dentystycznego może być zużyty do urządzenia tych punktów; pewna grupa lekarzy-dent. (ci nie powinni wykonywać prywatnej praktyki) dojeżdża tam na pewną ilość godzin, albo codziennie, albo co drugi dzień — przed, względnie po południu. Zabiegi cięższe, wchodzące w zakres średniej chirurgji dentystycznej odsyłają oni do centrali, ciężkie zaś przypadki — do lecznic przy Okr. Zw. K. Ch.

W kasach mniejszych, gdzie na terenie działalności Kasy jest osiadłych kilku lekarzy-dent., może być czynne ambulatorjum dentystyczne (2) dwa razy dziennie po 2 — 3 godz. (zależnie od potrzeb) i obsługiwane przez dwu lekarzy-dent., najlepszych w danej miejscowości, plombowanie zaś mogą wykonywać wszyscy lekarze-dent. danej miejscowości za cenę jednostkową, uprzednio ustaloną w drodze konkur-

su. Lekarze jednak, prowadzący ambulatorja, o ile wykonują praktykę prywatną w mieście, nie mogą przeznaczać pacjentów do siebie samych do plombowania. Najlepiej urządzić w ten sposób, by wyznaczanie zębów do plombowania odbywało się anonimowo, zaś wyznaczanie lekarza wykonywa siła pomocnicza kancelaryjna, niezależnie od ambulatorjum.

W Kasach małych, gdzie zapotrzebowanie w zakresie lecznictwa dentystycznego jest niewielkie, lekarze-dent. pracują 2—3 godz. dziennie, wzgl. 2 (dwa) razy dziennie po dwie godziny, przyczem nowych pacjentów przyjmuje się przez pierwszą godzinę, drugą zaś, względnie drugą i trzecią godzinę — poświęca się tylko na plombowanie i leczenie zębów. W ten sposób jest najlepiej wykorzystany czas pracy lekarza-dent. przez to, że ten nie musi przerywać jednostajnie prowadzonego plombowania dla usunięcia zęba. Równocześnie pacjenci uczą się porządku w przestrzeganiu godzin ordynacyjnych lekarza (nb.: nie wyklucza się przypadków, zasługujących na uwzględnienie).

W miejscowościach, gdzie na terenie działalności Kasy niema osiadłego lekarza-dent., wprowadza się system dojeżdżania, podobnie jak na punkta kresowe Kas większych. Wyłącznie dla pracy w Kasie kontraktowany lekarz-dent. dojeżdża co dzień lub co drugi dzień, celem niesienia pomocy dentystycznej ubezpieczonym i członkom ich rodzin. Jeżeli stan dróg w województwie zezwala na dogodną komunikację autami, mogą być urządzane odpowiednie auta, jako gabinety dentystyczne. Każde auto otrzymuje lekarza-dent. i podręczną, którzy odpowiadają za urządzenie dentystyczne wozu i ci zmieniają postój przed i po południu. W ten sposób można złączyć dwa lub trzy tereny jego pracy, rozkładając ją na dwurazowe dzienne urzędowanie (codziennie lub co drugi dzień).

Tak zorganizowana pomoc dentystyczna w Kasach Ch. w Polsce mogłaby służyć najszerszym kołom ubezpieczonych i członków rodzin. W tak zorganizowanem lecznictwie możnaby zupełnie dogodnie przeprowadzić świadczenia Kasy w zakresie protetyki dentystycznej. Centrale będą posiadały własne pracownie protetyczne przy centrali. Po załatwieniu części administracyjnej (podanie petenta, obliczenie kosztów i jego udziału procentowego, przyznanie protezy) — lekarz (dojeżdżający, rejonowy, kresowy, dojeżdżający na punkta odległe) bierze wyciski i wykonuje wszelkie czynności w ustach potrzebne, a stojące w łączności z postępem roboty protez pacjentowi. Gdyby praca lekarza w tych przypadkach była dla Kasy zbyt droga ze

względu na większe zapotrzebowanie, może mu być dodana odpowiednio wysoko kwalifikowana siła tańsza technika dentystycznego, który jeżdżąc równocześnie z lekarzem, pod jego nadzorem wykonywałby potrzebne roboty, aż do oddania gotowych protez pacjentowi, przyczem lekarz równocześnie prowadziłby lecznictwo.

Do powyższego projektu powinny być dostosowane wnioski, uchwalone na konferencji w dn. 3 i 4 grudnia 1930 r. co do zakresu i sposobu wykonywania lecznictwa dentystycznego, jak również statystyki pracy, dającej możność kontroli pracy, ewidencję zapotrzebowania świadczeń w zakresie dentystycznym, a tem samem kierowanie całym aparatem lecznictwa. Kwalifikacje lekarzy muszą odpowiadać warunkom, wymaganym w uchwale konferencji, należy przeto dobierać ich bardzo selektywnie, przyjmować raczej siły młodsze i dokształcać je w lecznicach kasowych, odpowiednio urządzonych Instytutach Stomatologicznych Kas. niż przyjmować siły starsze, nieraz bezwartościowe.

Kierownikami lecznic przy Okr. Zw. K. Ch. jak i Instytutów Stomatolog. większych i dużych Kas powinny być siły prawdziwie wartościowe, które powinny wyjeżdżać co jakiś czas na kształcenie do klinik krajowych i zagranicznych. Powinno im być również umożliwione branie udziału w zagranicznych zjazdach i kongresach naukowych zawodowych oraz medycyny społecznej. Powinni oni poświęcić dentystyce kasowej cały dzień swej pracy, albo przynajmniej olbrzymią część dnia, uważając praktykę prywatną jako źródło ubocznego zajęcia. Podobnie kierownicy pracowni protetycznej powinni co jakiś czas mieć możność zapoznania się z najnowszemi systemami pracy protetycznej w wielkich pracowniach klinik krajowych i zagranicznych. Wydatki, wyłożone przez Kasy na dokształcenie sił lekarsko-dent., powinny być notowane na konto danych pracowników i odpowiednio obwarowana umowa w razie ewent. chęci zerwania umowy przez dokształconego.

Większe zbiorowiska lekarzy-dent. kasowych powinny być zaopatrywane w bieżącą literaturę (przy lecznicach Okr. Zw. K. Ch.), a wieczory referatowe, prowadzone przez lekarzy-dent. Kasy pod przewodnictwem kierowników Instytutów kasowych, powinny należeć do obowiązków służbowych lek.-dent. Kas. Udział w nich, o ile możności, powinni brać i najbliżsi lek. dent. okolicznych Kas mniejszych. W przeciwnym razie (z powodu trudności komunikacyjnych i oddalenia) li-

teratura ta powinna być rozesłana lekarzom-dent. mniejszych Kas Okręgu do przeczytania i zwrotu do bibljoteki Okr. Zw. K. Ch.

Silna więc organizacja pracy i dobór osób, odpowiednio do zawodu przygotowanych, podlegających ciągłej kontroli czynników nadzorczych, a nadto stały obowiązujący kontakt z postępem wiedzy zawodowej, da wkrótce wspaniałe wyniki, stosunkowo nawet niewielkich wysiłków finansowych Kas, w dziedzinie lecznictwa dentystycznego, przez przygotowanie odpowiedniego sztabu pracowników, którzy w dalszym ciągu przykładem swoim wychowywać będą młode pokolenia i lekarzy-dentystów społecznych, zamiłowanych w swej pracy.

We Lwowie, dnia 20 stycznia 1931 r.

O c e n a.

Dr. G. Izard. Orthodontie.

Stron 762, rys. 714. Masson Paris 1930 (cena 110 fr).

Rzadko my tutaj w Warszawie spotykamy się z podręcznikami francuskiemi. A jednak mają one swe zalety w porównaniu z innemi, mianowicie wielką gruntowność w opracowaniu i bardzo szerokie ujęcie każdej sprawy. Prawda, że można wskutek tego zarzucić im pewną rozwlekłość, ale zato każdy w nich znajdzie coś dla siebie nowego i nieznanego, każdy z nich się czegoś nauczy, choćby sam umiał już dużo.

To też nie należy na nie patrzeć jedynie tylko, jako na pomoc naukową, gdyż są one właściwie pomocą dla praktyki, jak to świetnie jest ujęte w samym tytule wydawnictwa „La Pratique Stomatologique", z którego już tom IV „Dentisterie Opératoire" Nespoulousa został w swoim czasie na łamach naszego pisma omówiony.

Ortodoncja Izarda dzieli się na 4 części, poświęcone kolejno omówieniu: 1) morfologji i fizjologji normalnej, 2) rozpoznania, 3) różnych metod leczniczych, 4) budowy odpowiednich aparatów.

W części pierwszej, na tle ogólnego zarysu rozwoju i wzrostu całego organizmu, autor przedstawia w sposób niezwykle wyrazisty wzrost szczęk i zębów, zwracając przytem szczególniejszą uwagę na układ równowagi w działaniu różnych sił naturalnych. Niezrównowa-

żenie bowiem tych sił jest jednym z wydatniejszych momentów dla rozwoju różnych wad wzajemnego układu szczęk i zębów w stosunku do szkieletu czaszki.

W części drugiej, poświęconej rozpoznaniu, autor podaje sposoby ustalenia wad budowy układu, przyczem wciąż zwraca uwagę na wykrycie przyczyny, gdyż to dla terapji ma wielkie znaczenie. Niezwykle dokładnie opracowano badanie zewnętrzne układu szczękowego w odniesieniu do głowy i twarzy, z uwzględnieniem pomiarów antropologicznych i umięsienia. Układ zębowy autor stale rozpatruje w ścisłym związku z profilem twarzy i jej wyglądem z przodu („en face“). Szczególnie zajmująco opracowany jest w tej części dział o rozpoznawaniu etjologicznem i patogenicznem.

W części trzeciej, poświęconej lecznictwu, autor na wstępie daje przegląd ogólny wszystkich metod do tego celu zalecanych, opatrując je uwagami krytycznemi, przyczem omawia między innemi hygjenę wieku dojrzewania i sposoby odżywiania organizmu, co może być w pewnych razach dobrym środkiem leczniczym. Podkreśla konieczność wprowadzania do organizmu fluoru, chloru, potasu, żelaza i jodu; zwraca uwagę na opo — i fizykoterapję. W lecznictwie ścisłem rozpatruje przedewszystkiem metody chirurgiczne, ściśle określając pole ich stosowania, dalej — oddziaływanie mięśniowe („mioterapia“) — w formie gimnastyki leczniczej oraz ogólne zasady stosowania różnych sił w aparatach.

Część dzieła czwarta poświęcona jest budowie i działaniu różnych typów aparatów, używanych do regulacji z uwzględnieniem najnowszych wynalazków i pomysłów w tej dziedzinie lecznictwa.

Dodać należy, że książkę wydano bardzo starannie. Rysunki schematyczne opracowano niezwykle dokładnie, tak że dają one największe ułatwienie przy czytaniu tej pracy, a autor, zamiast marnować dużo miejsca na długie opisy, w paru słowach rzecz dokładnie wyjaśnia, powołując się na załączony rysunek. Rysunki te nie są jeno ozdobą książki — tworzą one jej część integralną, zespolone są z treścią nierozerwalnie.

Każdemu, kto się ortopedją szczękową choć trochę interesuje, gorąco mogę polecić zapoznanie się z dziełem Izard'a.

L. Brennejsen.

O czem piszą?

Die Fortschritte d. Zahnheilkunde I—VI zesz. 12. W zeszycie tym spotykamy prace Richtera, Eissera i Mischa o prowodawstwie dentyst. Tholuck podaje ciekawe zestawienie z dziedziny szkolnej opieki dentystycznej, a Lejeune przyczynek do historji dentystyki. W dziale streszczeń „Literaturarchiv“ spotykamy z prac polskich A. Cieszyńskiego i W. Dobrzaneckiego „Dwa przypadki nowotworów żuchwy w okolicy brody“ z Polskiej Dentystyki (1929 r.).

Tom VII zesz. I tegoż wydawnictwa zawiera szkic z działu anatomji Bluntschli'ego i patologji W. Fischera. Poza tem Schmidt daje przegląd postępów chirurgji. G. Fischer pisze o znieczuleniu mięśniowem, a Hauberisser o narkozie. W dziale streszczeń „Literaturarchiv“ spotykamy z prac polskich L. Regmunt-Sobieszczańskiego: Tuberculum Carabelli. Praca ta była już raz streszczona w tem piśmie bezpośrednio z „Przeglądu Dentystycznego“; obecnie jest to streszczenie via Z. Schulgesdh. pfl. u. soz. Hyg. — 1930 — X.

La Semaine Dentaire 1931, Nr. 1.

W pierwszych 3-ch numerach tegorocznych spotykamy wielce ciekawą pracę V. Fiola z dziedziny anatomji topograficznej, dotyczącą połączenia zatoki szczękowej z zatoką czołową. Pracę tę podamy w streszczeniu. Poza tem spotykamy Pitsch'a „O krwotokach pooperacyjnych“. W Nr. 4 A. Djindjian podaje swe spostrzeżenie o leczeniu ropotoku zębodołowego zapomocą promieni ultra-fioletowych z opisem elektrod własnego pomysłu. W Nr. 5 spotykamy pracę M. Maraninchi'ego p. t. glossoptosa czyli atrezja głównego odcinka dróg pokarmowych i oddechowych.

Przyroda i Technika. I. 1931. Simm: Hodowla grzybów przez owady. Żejmo-Żejmis: Proporcjonalność ciała ludzkiego. Burdecki: Telewizja. Poza tem sprawy bieżące, postępy i zdobycze wiedzy, rzeczy ciekawe, co się dzieje w Polsce, książki, które warto przeczytać i t. d. Poziom artykułów specjalnych dostępny dla każdego inteligentnego czytelnika.

The Dental Cosmos. I—1931. Rhobothan. Zębolecznictwo u dzieci. E. Woodard. Uproszczone sposoby znieczulenia przewodowego. J. Mariocordato: Chirurgiczno-zachowawcze leczenie zębów bezmiazgowych z przewlekłemi powikłaniami przywierzchołko-

wemi. A. Foner: Hygjena zębów. M. Buchbinder: Nie ulegający skurczeniu materjał do plombowania kanałów.

The Dental Record I—1931. R. Dunn. Zagadnienie traktowania wadliwości zgryzu typu klasy II (Angle). II—1931. E. Tate: Komplikacje przy znieczuleniach. Tildesley. Zasady Orthodoncji.

L'Odontologie I—1931. P. Housset. Studja nad sposobami umocowania mostów. Delater: Epitelio-granuloma. Wickham: Rak bródzy dziąsłowo-językowej i jego leczenie radjoterapeutyczne. Fraenkel: Przypadek uwięzienia zęba mądrości.

JUBILEUSZ D-RA MED. STANISŁAWA KOPCZYŃSKIEGO.

W końcu zeszłego roku w Minist. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. odbył się uroczysty obchód trzydziestoletniej działalności naukowej i społecznej dr. med. St. Kopczyńskiego. Licznie zebrani koledzy i przyjaciele oraz przedstawiciele rządu podnosili zasługi Jubilata na polu hygjeny szkolnej i wychowania fizycznego, ciesząc się, że silny jego organizm zmógł wreszcie ciężką i długotrwałą chorobę i pozwolił znów zasiąść do umiłowanej pracy.

Polska dentystyka społeczna ma dużo do zawdzięczenia dr-owi Kopczyńskiemu. Zrozumiał on doskonale, jaką rolę w organizmie ludzkim odgrywa uzębienie. Zrozumiał ponadto, że chcąc to uzębienie zachować, należy troszczyć się o nie od wczesnego dzieciństwa, gdyż potem już bywa zapóźno. Troska zaś ta ma polegać nie tylko na propagandzie hygjeny uzębienia, która głosi że utrzymać w czystości można jedynie taką jamę ustną, w której niema zębów spróchniałych i gnijących pni, ale i na doprowadzaniu zębów uczniowskich do należytego porządku. Dzięki takiemu zrozumieniu rzeczy powstały za sprawą Jubilata po szkołach, gimnazjach i seminarjach gabinety dentystyczne. Polska pod tym względem zrównała się z najbardziej kulturalnemi krajami Europy, a dorastające pokolenia będą się cieszyły dzięki jego staraniu lepszem zdrowiem, niż pokolenie obecne.

Obok pomocy dentystycznej zaprowadzono w szkołach obowiązkowe pogadanki na temat hygjeny uzębienia: ma to ogromne znaczenie. Przygotowując się do takich pogadanek, nauczycielstwo musi zaj-

rzeć do podanych w odpowiedniej instrukcji źródeł, z których się dowie o istnieniu i niebezpieczeństwach zakażenia kropelkowego i ogniskowego, a to może wybitnie przyśpieszyć zaprowadzenie obowiązkowej pomocy dentystycznej tam, gdzie jej dotychczas brak. Pozatem trzeba wiedzieć, że szkoła szczególniej na wsi świeci wszystkim przykładem; zapoczątkowanie więc stosowania zasad hygjeny jamy ustnej w szkole, nie może nie mieć wpływu na jej rozpowszechnianie się i wśród dorosłych. Dzięki więc dr-owi Kopczyńskiemu, pojęcia te i zasady za pośrednictwem szkoły docierają już tam, dokąd bez niego nieprędkoby jeszcze dotarły.

Ciesząc się z takiej właśnie działalności Szanownego Jubilata, Redakcja „Przeglądu Dentystycznego" zasyła mu życzenia zdrowia i długiego życia, by zdążył wszystkie swoje projekty w czyn własną ręką wprowadzić.

VII Kongres Międzynarodowy Dentystyczny.

Posiedzenia Kongresu odbędą się w Grand Palais des Champs-Elysées, gdzie mają się zgłaszać członkowie Kongresu do Sekretarjatu. czynnego już od 1.VIII (sobota) o godz. 20 m. 30 w czasie zwykłego posiedzenia Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.).

W niedzielę (2.VII) Sekretarjat będzie czynny od 9 — 12 i od 14 — 15 g. W Sekretarjacie będą stemplowane karty uczestnictwa i udzielane wszelkiego rodzaju informacje, zarówno zwykłym członkom Kongresu, jakoteż i osobom, które zadeklarowały wykłady, odczyty lub pokazy.

W niedzielę (2.VIII) o godz. 15 odbędzie się posiedzenie Międzyn. Zw. Dent., o godz. zaś 20 m. 30 — przyjęcie członków Kongresu przez Komitet Organizacyjny w Wersalu (wyjazd pociągami specjalnemi z Dworca Inwalidów).

Poniedziałek (3.VIII) rano otwarcie Kongresu, popołudniu — posiedzenia sekcyjne; o godz. 21 przyjęcie na Wystawie Kolonjalnej.

Wtorek (4.VIII) rano posiedzenie ogólne, popołudniu posiedzenia sekcyjne, o godz. 15 przyjęcie w Hôtel de Ville.

Środa (5.VIII) przed południem posiedzenie ogólne, popołudniu — wycieczki do Orly, Fontainebleau, Malmaison, Saint-Germain i t. d.

Czwartek (6.VIII) rano pokazy, popołudniu posiedzenia sekcyjne, wieczorem (20.30) przedstawienie galowe w Operze.

Piątek (7.VIII) rano pokazy, popołudniu posiedzenia sekcyjne, wieczorem (20) Bankiet.

Sobota (8.VIII) rano pokazy, popołudniu zamknięcie Kongresu (posiedzenie ogólne). W razie potrzeby 2 godz. posiedzenia sekcyjne. Wieczorem (20.30) posiedzenie Międzynarod. Zw. Dent. (F. D. I.).

Na VIII Kongresie Międzynarodowym Dentystycznym w Paryżu (2 — 8 sierpnia 1931) odbędzie się cały szereg *pokazów klinicznych.*

Uczestnicy Kongresu, mając zamiar dokonać pokazu, muszą się zastosować do następujących warunków, zależnych od rodzaju pokazu.

Rozróżnia się przedewszystkiem: a) pokazy kliniczne i b) pokazy, dotyczące pomocy naukowych i metod nauczania.

I. *Pokazy kliniczne* rozpadają się na następujące grupy: 1) plombowanie łącznie z ceramiką, 2) mała chirurgja dentystyczna ze znieczuleniem, 3) ropotok zębodołowy, 4) dostawki całkowite, 5) dostawki częściowe, korony i mosty, 6) ortopedja szczękowa, 7) proteza szczękowo-twarzowa, 8) radjologja i fizykoterapja.

Wszystkie te pokazy odbędą się na 3 posiedzeniach przed- i popołudniowych.

Pokazy kliniczne powinny być zgłoszone do Komitetu Narodowego (Lwów, Zielona 5a prof. A. Cieszyński), który o tem zawiadamia Sekretarjat Kongresu, 45 rue de la Tour d'Auvergne — Paris). Termin zgłaszania upływa w marcu.

Zgłoszenie ma zawierać: 1) imię, nazwisko, tytuł i adres autora, 2) tytuł pokazu i krótkie podanie jego treści (2 do 5 wierszy), 3) do tego należy dołączyć opis pokazu, nieco szczegółowszy, nie przenoszący jednak 25 wierszy pisma maszynowego.

II. *Pokazy metod nauczania i pomocy naukowych* mają być zgrupowane przez dyrektorów zakładów naukowych i w tej formie przesłane do Komitetu Narodowego, który je zgłasza do Sekretarjatu Kongresu przed 1 kwietnia r. b. Przy zgłaszaniu należy zaznaczyć: a) nazwę szkoły, b) tytuł pokazu, c) imię i nazwisko osoby delegowanej do wykonania pokazu, d) przedmiot pokazu (2 — 5 wierszy), e) opis pokazu do 25 wierszy pisma maszynowego.

III. *Wykonanie pokazów.*

Pokazy będą się odbywały na odpowiednio zgrupowanych stołach, zaopatrzonych w numery. Wielkość stołu odpowiada w przybliżeniu stolikowi do kart.

Plan pokazów z oznaczeniem ich treści, nazwiska wykładającego oraz Nr. stołu będzie wywieszony w Dużej Hali Kongresu.

Żadnych zabiegów na chorych dokonywać nie będzie można — można jednak do pokazu chorych przedstawiać.

Uprasza się pp. demonstratorów o posiadanie własnych narzędzi i materjałów, potrzebnych do pokazów.

Na żądanie będą dostarczone do pokazów połączenia gazowe i elektryczne (110 W prąd stały lub zmienny jednofazowy).

Wszelkie inne urządzenia i instalacje mogą być dostarczone zależnie od decyzji Komitetu Organizacyjnego.

PP. demonstratorzy zechcą się zgłosić w niedzielę 2.VIII o godz. 9 — 12 lub 14 — 16 do Biura Komisji Pokazów (Bureau de la Commission des Demonstrations — Grand Palais des Champs Elysées) po informacje.

Podaje się do wiadomości, że na sali pokazów nie będzie wolno dokonywać sprzedaży i kupna żadnych materjałów ani instrumentów.

Niektóre ważniejsze pokazy, wybrane przez Komitet Organizacyjny, będą udostępnione dla większej liczby obserwatorów przez zastosowanie epidiaskopu.

ODPOWIEDZI REDAKCJI.

WP. A. Boms, Lek.-Dent. w Nowym Kamińsku. Załatwiono.

WP. W. Kuk, Lek-Dent. w m. Redakcja może ponosić jedynie odpowiedzialność za błędy w tekście drukowanym, nie może więc odpowiadać za opuszczenie w Pańskiem imieniu w naklejonym na opasce adresie litery „*n*“.

Zjazd niemieckich lekarzy-dentystów w Berlinie.

W r. b. 26 a 29 marca, odbędzie się w Berlinie, po raz pierszwy w tem mieście od czasu zakończenia wojny, Zjazd lekarzy-dentystów. Miejscem Zjazdu będzie nowy gmach Ratusza (Schöneberger Rathaus). W tymże gmachu urządzona będzie wystawa przemysłu dentystycznego, gdzie, niewątpliwie będą zgrupowane wszelkie nowości z zakresu aparatów, narzędzi, przyborów i materjałów dentystycznych. Niezwykły rozwój i postęp współczesnej dentystyki, zniewala specjalistów do częstego zbierania się, by wyniki tego rozwoju i zdobyczy naukowych niezwłocznie dostosować do celów praktycznych.

W części naukowej Zjazdu postawiono na czele cztery referaty poświęcone tematowi głównemu p. t. „Współczesne zagadnienia chirurgiczne w zębolecznictwie". Wygłoszone będą one przez profesorów Archausena z Berlina, Lindemanna z Düsseldorfu, Rosenthala z Lipska i Meyera z Wrocławia (chirurgja ogólna, zakażenie ran, traktowanie i gojenie się ran, chirurgja szczegółów jamy ustnej, znieczulania i t. d.), poza tym przewidziane są liczne referaty naukowe i pokazy praktyczne. Będzie obszernie omówione zastosowanie radu w leczeniu zębów i szczęk. Związek lekarzy-dentystów zajmujących posady rządowe czy komunalne, zapowiada również w tym czasie swoje obrady. Będą tam poruszone nietylko sprawy zawodowe, lecz również zagadnienia naukowe i społeczne dotyczące opieki nad zdrowiem publicznym, oraz poczynania rządu w tym względzie.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225